RECHERCHES ANATOMIQUES

N° 113.

AU SUJET

DE LA LUXATION DU POUCE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 26 juin 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR C.-A. PAILLOUX, de Saint-Ambreuil,

Du département de Saône-et-Loire;

Bachelier ès-lettres; ancien Interne de première classe des hôpitaux civils de Paris; ancien Élève de l'École pratique; Membre de la Société anatomique; Membre correspondant du Lycée d'histoire naturelle de New-York.

Antequam de remediis statuatur, primum constare oportet quis morbus et quæ morbi causa.

BALLONIUS, lib. 1, cons. 14.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Président.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Suppléant.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc, *Suppléant.*
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Examinateur.*	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Respect, reconnaissance sans bornes pour les soins qu'ils ont pris de mon enfance et les sacrifices qu'ils ont faits pour mon éducation....

A MONSIEUR LE CHEVALIER

RICHERAND,

Chirugien en chef de l'hôpital Saint-Louis; Professeur à la Faculté de médecine de Paris; Chirurgien consultant du Roi; Commandeur et Chevalier de plusieurs ordres nationaux et étrangers; Membre de plusieurs académies, etc., etc.

Gratitude extrême pour les connaissances que j'ai puisées à ses savantes leçons, et l'intérêt spécial qu'il m'a toujours porté...

C.-A. PAILLOUX.

A LA FAMILLE

HUMBLOT-CONTÉ.

En échange des bons offices et de la franche amitié dont m'ont donné tant de preuves tous ses membres; puisse-t-elle voir dans ce faible hommage l'expression de ma profonde reconnaissance!...

A MONSIEUR

J. CLOQUET,

Docteur en médecine; Agrégé de la Faculté de médecine de Paris; Chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Louis; Membre de l'Académie royale de médecine, de plusieurs Sociétés savantes; Chevalier de la Légion-d'Honneur, etc., etc.

Vous qui avez eu la bonté de diriger mes études médicales, ne cessez de m'instruire dans vos entretiens bienveillans, et m'accorder encore votre appui pour me frayer une carrière honorable dans le monde; agréez, je vous prie, ce témoignage public de ma vive et sincère reconnaissance!...

C.-A. PAILLOUX.

RECHERCHES ANATOMIQUES

AU SUJET

DE LA LUXATION DU POUCE.

Bien que la luxation du pouce soit, parmi les maladies chirurgicales, l'une de celles qui ont spécialement fixé l'attention des gens de l'art, elle laisse encore beaucoup à désirer sous le rapport du traitement. Les chirurgiens qui en ont observé un certain nombre savent, en effet, qu'à l'exception de quelques cas, la réduction s'en fait avec peine, et résiste souvent aux tentatives les mieux dirigées; il n'est même pas sans exemple que le tétanos, la gangrène et d'autres accidens plus ou moins formidables, enfin la mort, en aient été la suite. N'ayant pas trouvé dans les auteurs d'explication satisfaisante de la cause à laquelle ces difficultés et ces dangers doivent être attribués, j'ai étudié avec soin la structure du pouce, espérant l'y découvrir. Encouragé dans mes premières recherches par la Société anatomique, à laquelle je les soumis en 1826, je les ai multipliées, et d'après de nouvelles données je me suis décidé à en faire le sujet de cette dissertation. Afin d'en exposer les résultats avec toute la clarté possible, je diviserai ce travail en trois parties; dans la prêmière, je rappellerai succinctement la structure du pouce; dans la seconde, je passerai en revue les opinions principales qu'ont émises les auteurs sur cette luxation, en tâchant de les apprécier à leur juste valeur; et

dans la troisième, je ferai connaître quelle est, selon moi, la cause véritable qui s'oppose à sa réduction, et comment je suis parvenu à la découvrir.

PREMIÈRE PARTIE.

Le squelette du pouce est formé de deux os longs désignés sous les noms de *première* et *seconde phalange*, légèrement aplatis d'avant en arrière, et renflés à leurs extrémités; en s'unissant entr'eux et le premier os du métacarpe, ils forment deux articulations qu'il importe spécialement de connaître pour bien concevoir le mécanisme de leur luxation.

L'articulation métacarpo-phalangienne est, à cause de son extrême mobilité, la plus sujette à se luxer; les parties qui concourent à la former sont disposées de la manière suivante : l'extrémité inférieure de l'os métacarpien présente une sorte de tête arrondie, terminée en avant et en dedans par une saillie anguleuse, et surmontée d'un léger rétrécissement circulaire; l'extrémité supérieure de la phalange offre une cavité peu profonde et circonscrite d'un rebord saillant; deux cartilages et une membrane synoviale revêtent ces surfaces articulaires. Les ligamens qui l'assujettissent sont au nombre de trois, deux latéraux fasciculés, et un antérieur semi-cartilagineux, dans l'épaisseur duquel se développent souvent un ou deux os sésamoïdes. Antérieurement, cette articulation se trouve protégée par le tendon du muscle long fléchisseur du pouce et son court fléchisseur, qui se fixe en partie au ligament antérieur, et postérieurement par les tendons réunis des extenseurs; sur les côtés sont placés les nerfs et vaisseaux collatéraux; enfin une légère couche de tissu cellulaire et la peau recouvrent le tout.

L'articulation des deux phalanges est formée par la réception d'une espèce de condyle qu'offre la première dans une facette concave et superficielle que présente la seconde, de manière que les mouvemens sont bornés à la flexion et l'extension. Elle diffère, en outre, de la pré-

cédente, par la ténuité de son ligament antérieur, et surtout par l'absence du muscle court fléchisseur pour soutien; mais, du reste, la disposition des cartilages articulaires, de la capsule synoviale, des ligamens, des tendons, des nerfs et des vaisseaux voisins offrent à peu près la même disposition. Les autres parties qui entrent dans la texture du pouce étant étrangères à mon sujet, je n'en parlerai point

DEUXIÈME PARTIE.

Depuis long-temps les chirurgiens ont cherché l'obstacle qui s'oppose si souvent à la réduction de la luxation du pouce. En consultant leurs écrits, on voit qu'ils l'ont successivement attribué à la contraction musculaire, au peu de prise qu'offre le pouce aux puissances extensives, à la résistance des ligamens, à la forme des os et à l'ancienneté de la maladie; mais en examinant attentivement, on s'aperçoit qu'ils ont émis leurs opinions sans s'être rendu compte exactement des difficultés qu'ils ont éprouvées, comme j'ai été à même de m'en convaincre sur plusieurs malades : l'on pourra en juger par l'observation suivante.

Le nommé Joseph Basset, âgé de trente-quatre ans, profession de charpentier, étant tombé sur la main droite, vint, en 1826, réclamer les secours de l'art à l'hôpital Saint-Louis. Appelé à lui donner les premiers soins, comme chirurgien de garde, je reconnus qu'il était affecté d'une luxation de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. La première phalange, en quittant ses rapports naturels, était passée à la partie postérieure de l'os métacarpien, de manière à produire un raccourcissement de quatre lignes au moins. Ces os, ainsi superposés, formaient aux faces antérieures et postérieures du pouce deux saillies remarquables; il offrait une grande mobilité en tous sens, et la peau en était échymosée. Il n'existait point encore de gonflement, attendu qu'il n'y avait pas plus de deux heures que cet accident venait d'arriver, et ce malade n'accusait de douleurs vives qu'autant qu'on faisait de trop fortes tractions sur son pouce. Les tentatives de réduc-

tion faites suivant les règles de l'art, et modifiées de mille manières par moi et plusieurs autres chirurgiens, furent malheureusement sans succès. Profitant néanmoins de cette observation pour vérifier les assertions des auteurs, j'ai été à même de constater, ainsi que les aides qui m'assistaient, que la difficulté n'était point d'allonger le pouce, puisqu'on pouvait lui rendre sa longeur et sa conformation habituelle; mais qu'elle consistait à rapprocher les surfaces articulaires, et à les maintenir dans leurs rapports naturels. On me conseilla, sur le moment, l'usage d'un bandage contentif pour y remédier; je l'appliquai sans plus de succès. A peine, en effet, fut-il retiré, et l'extension cessée, que la luxation se reproduisit. Le malade craignant qu'on ne fit plus tard de nouvelles tentatives de réduction, tant il avait souffert de celles-ci, s'en fut, aimant mieux conserver son infirmité.

Sur cet aperçu, on ne saurait, il me semble, regarder davantage comme l'obstacle essentiel à la réduction de cette luxation la résistance des ligamens et la contraction musculaire, puisqu'il est possible de les surmonter. Du reste, la conformation des os et l'ancienneté de la maladie n'y prennent part qu'accessoirement, ainsi que je le prouverai par la suite.

TROISIÈME PARTIE.

Jugeant, d'après l'observation ci-dessus et quelques autres, que le seul moyen d'éclairer ce point obscur de pathologie était de surprendre en quelque sorte la nature sur le fait, j'ai cherché directement l'obstacle à l'aide du scalpel. Dans l'impossibilité de le faire sur des malades, j'ai luxé le pouce de différentes manières sur plus de trente cadavres, ensuite j'en ai fait la dissection. Mes premiers essais, loin de répondre à mon attente, parurent confirmer l'opinion des auteurs en ce que, ne trouvant aucun obstacle à la réduction sur une dixaine de sujets, on eût pu l'attribuer à l'abolition de la contractilité musculaire; mais, en variant et multipliant mes expériences, cette difficulté se présenta, et je m'aperçus bientôt que tout dépendait du

point auquel était portée la luxation. En considérant que le même contraste s'observe aussi sur les malades, j'ai cru devoir établir deux degrés dans la luxation du pouce.

Dans le premier, le peu de raccourcissement du pouce, la difficulté d'imprimer à la phalange déplacée des mouvemens de latéralité, et la facilité de la réduction, en sont les caractères distinctifs; ce qui tient à l'intégrité des ligamens latéraux, à ce que l'antérieur, quoique rompu près de son extrémité inférieure, n'a pas entièrement abandonné les surfaces articulaires qui sont peu distantes l'une de l'autre, et qu'en un mot la plupart des parties molles n'ont subi qu'une extension forcée.

Le second degré est caractérisé par le raccourcissement considérable du pouce, la superposition des os, la mobilité de la phalange en tous sens, des échymoses plus ou moins étendues et la difficulté de la réduction. A l'examen anatomique on observe que les ligamens latéraux sont inégalement déchirés ou refoulés en décollant le périoste; l'antérieur est toujours rompu près de son extrémité inférieure, à raison de sa consistance cartilagineuse au milieu, et de son insertion commune avec le court fléchisseur à la phalange; celle-ci l'a entraîné, et se trouve placée à la partie postérieure et à plusieurs lignes au-dessus de la tête de l'os mécarpien; le muscle court fléchisseur, écarté en deux faisceaux, forme une sorte de boutonnière qui livre passage à la tête de l'os mécarpien, et l'étreint ensuite; le tendon du long fléchisseur, déjeté en dedans, concourt à former et fortifier un des côtés de cette ouverture; ceux des extenseurs sont dans le relâchement. Les nerfs et vaisseaux voisins, violemment distendus et parfois dilacérés, sont portés sur les côtés. Ce qui différencie surtout ces deux degrés, sans parler de la difficulté de la réduction, c'est que dans le second la tête de l'os métacarpien sort plus ou moins à travers le muscle court fléchisseur, et les os sont superposés, ce qui n'existe point dans le premier.

D'après cet aperçu, si on examine avec soin ce qui se passe dans les tentatives de réduction, on voit que le ligament antérieur flottant en

quelque sorte, se trouve retenu par la saillie qu'offre la tête de l'os métacarpien, et qu'en le surmontant la phalange l'engage entre les surfaces articulaires, comme deux cylindres qui se meuvent l'un sur l'autre entraînent un corps qu'ils ont surpris. Il est facile aussi de concevoir par cette comparaison comment une partie du muscle court fléchisseur, en s'insérant à ce ligament, est sujette à le suivre et à s'opposer au rapprochement des surfaces articulaires; du reste, soumis à des tractions immodérées, ce muscle étreint tellement la tête de l'os métacarpien, et s'applique si étroitement au-devant des surfaces articulaires, qu'il s'interpose entre elles, et apporte de lui-même un obstacle puissant à la réduction. Les autres parties molles qui environnent l'articulation n'y concourent qu'accessoirement.

Ce que je viens de dire au sujet de la luxation du pouce dans l'articulation métacarpo-phalangienne s'applique en général à toutes les articulations des doigts, avec des modifications cependant qu'entraîne nécessairement l'organisation différente. Ainsi l'absence du muscle court fléchisseur, qui embrasse en quelque façon l'articulation précédente, rend tout à la fois cet obstacle à la réduction moins fréquent et moins grand; le ligament antérieur le forme à lui seul.

Telles sont les notions positives que m'ont données de nombreuses recherches anatomiques sur la luxation du pouce. Il ne manquait plus, pour en assurer l'authenticité et le degré d'intérêt qu'elles présentent, que d'être sanctionnées sur des malades. Aujourd'hui je puis citer à l'appui deux observations; l'une que j'ai recueillie moi-même à l'hôpital Saint-Louis, et l'autre citée par M. *Blandin*, dans son excellent ouvrage sur l'Anatomie des régions, depuis que j'ai fait connaître ces recherches.

Le nommé Thierry François, âgé de trente-sept ans, profession de vannier, qui fait le sujet de la première, étant tombé sur la main gauche, vint solliciter son admission à l'hôpital Saint-Louis, le 16 juin 1828. Appelé à lui donner les premiers soins, je m'aperçus qu'il avait une luxation de la dernière phalange du pouce sur la première, compliquée de plaie. Le pouce offrait un raccourcissement de deux à

trois lignes environ ; la phalange unguéale était passée derrière la première ; l'extrémité du pouce ainsi luxé était susceptible d'être infléchie en tous sens, sans occasionner de vives douleurs ; une plaie transversale d'un demi-pouce environ d'étendue existait à la partie antérieure de cette articulation ; on voyait à travers la surface articulaire de la première phalange, et on pouvait s'assurer par-là que le ligament antérieur ainsi que le tissu cellulaire voisin s'interposaient entre les surfaces articulaires dans les tentatives de réduction. Ce n'est qu'en imprimant une sorte de mouvement de bascule à la phalange luxée que je suis parvenu à le dégager et à réduire cette luxation, j'ai ensuite réuni immédiatement la plaie. Les jours suivans, MM. *Richerand* et *Cloquet* prescrivirent à ce malade une saignée de trois palettes au bras droit, une diète d'abord sévère, ensuite proportionnée à son état, et l'application d'un cataplasme émollient sur l'articulation pour prévenir les accidens inflammatoirs. La suppuration s'est établie sans qu'il survienne aucune complication, et le malade est sorti guéri de l'hôpital, le 22 juillet de la même année où il y avait été admis. A la suite d'un tel accident, il n'a point entièrement perdu les mouvemens de l'articulation luxée ; mais en nous quittant il y avait encore beaucoup de gêne.

L'autre observation citée par M. *Blandin*, qui l'a recueillie à la clinique de M. *Dupuytren*, est le cas d'une luxation métacarpo-phalangienne du pouce qu'on ne put réduire qu'après avoir pratiqué une incision au-devant de l'articulation, et s'être convaincu que l'obstacle consistait dans l'interposition d'une partie du muscle court fléchisseur entre les surfaces articulaires. Nul doute que ce devait en être l'extrémité inférieure qui s'insère au ligament antérieur, comme je l'ai indiqué, et si on y eût regardé de plus près, on y eût aussi trouvé ce dernier plus profondément engagé, parce qu'à raison de leurs connexions, il est rare qu'on y trouve l'un sans l'autre.

Il reste donc, à mon avis, bien prouvé que les difficultés qu'on éprouve communément à réduire la luxation du pouce sur le premier os du métacarpe tiennent à ce que, dans les efforts réductifs, le

ligament antérieur de l'articulation et la portion du muscle court fléchisseur du pouce qui s'y insère, s'interposent entre les surfaces articulaires.

Traitement.

En faisant l'application de ce qui précède au traitement de la luxation du pouce, on concevra facilement qu'avec les notions les plus précises, il est possible qu'on éprouve encore parfois de grandes difficultés pour la réduction; mais du moins on ne les augmentera pas par des tractions inconsidérées. Le procédé que je propose, et qui m'a déjà réussi dans deux cas, a vraisemblablement été mis en pratique au milieu des tentatives nombreuses faites pour obtenir la réduction; mais je ne sache pas qu'il ait été donné comme précepte. Il consiste à imprimer à la phalange déplacée une sorte de mouvement de bascule dans le sens de la luxation, en agissant comme sur un lévier du premier genre en même temps qu'on abaisse son extrémité luxée; et pour appliquer encore ici la comparaison d'un corps saisi entre deux cylindres, je ferai remarquer que le meilleur moyen d'enlever cet obstacle à leur rapprochement est de leur imprimer un mouvement rétrograde en abaissant l'un d'eux. Il faut aussi modérer les efforts d'extension, qui, portés trop loin, pourraient augmenter la difficulté, comme je l'ai fait sentir, et vraisemblablement occasionner les accidens que j'ai signalés.

Si ces tentatives échouaient, pourrait-on espérer plus de succès après une application de sangsues ou de topiques émolliens? Nul doute que s'il existait de la tension, une vive sensibilité, ou d'autres symptômes inflammatoires, on ne dût les employer, et même recourir aux antiphlogistiques généraux avec avantage; mais d'après la nature de l'obstacle, c'est à tort, je crois, qu'on leur accorderait une confiance illimitée, comme on l'a fait. Enfin, après avoir employé en vain tous les moyens usités généralement pour obtenir la réduction d'une luxation, doit-on y renoncer, ou, comme le conseille *Desault*, ouvrir l'articulation pour lever l'obstacle, bien qu'il en méconnût la

nature ? Dans le premier cas, on livre le malade à une infirmité pour toute sa vie ; et dans le second, on l'expose aux dangers des plaies pénétrantes des articulations. Toutefois, je terminerai par une observation qui, jointe à celles déjà citées dans cette thèse, prouve que ces sortes de blessures ne sont point toujours aussi graves qu'on l'a avancé.

Le nommé Barthélemi Mucian, âgé de vingt-trois ans, profession de couvreur, atteint depuis huit à dix ans de douleurs vagues au genou droit, entra, le 16 mars 1829, à l'hôpital Saint-Louis. Interrogé sur la nature de ses douleurs, il répondit qu'étant survenues sans causes appréciables, il les avait toujours regardées comme rhumatismales jusqu'au 12 janvier de la même année, où il s'était aperçu qu'un corps arrondi, du volume d'une grosse noisette, roulait dans son genou. Une foule de moyens avaient été employés sans succès pour les combattre. Ce corps offrait une telle mobilité qu'il se portait tantôt au côté interne et inférieur de la rotule, tantôt à sa partie externe et supérieure, d'où il s'échappait au moindre mouvement pour se cacher et rester souvent plusieurs jours dans l'articulation. Étant venu faire saillie à la partie externe et supérieure de l'articulation, le 19 mars, dans une flexion forcée du genou, le malade le retint dans cette position à l'aide d'un lacq et en tenant le membre fléchi jusqu'au lendemain matin, afin d'en faire constater la présence à la visite, et qu'on l'en débarrassât, s'il était possible. Le 20, M. *Richerand* ayant jugé, d'après son extrême mobilité, sa position superficielle et son volume, qu'on pouvait en faire l'extraction sans danger, y procéda de la manière suivante. Le malade étant couché commodément sur son lit, l'opérateur fit d'abord tendre et tirer de côté la peau, après quoi il l'incisa, et successivement le tissu cellulaire sous-jacent et la portion externe du triceps fémoral. Il donna à cette incision l'étendue de deux pouces environ, et la pratiqua sur la saillie faite par le corps lui-même. Aussitôt mis à nu il s'échappa par la plaie ; néanmoins, pour l'extraire complètement, M. *Richerand* fut obligé de faire la section

d'une bride qui le fixait lâchement. Aucune artère n'ayant été lésée dans cette opération, ce chirurgien réunit immédiatement la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un bandage roulé, pour préserver l'articulation du contact de l'air, ce qu'il avait déjà prévenu par le déplacement de la peau avant de l'inciser et la division du muscle triceps dans la direction de ses fibres. Il plaça ensuite le membre dans l'extension, recommanda une grande immobilité au malade, et lui prescrivit une diète sévère jointe à une tisane émolliente les trois jours suivans. Le 24, sans renouveler complètement le pansement on put s'assurer que la plaie était exactement réunie, et le 1^er^. avril il n'existait plus à la place qu'une cicatrice linéaire. Ce malade n'a, du reste, pas éprouvé le plus léger accident à la suite de cette opération, et ne ressentait plus ni gêne à marcher, ni douleurs du genou quand il est sorti de cet hôpital, le 10 avril 1829.

Le corps extrait du genou, donné par M. *Richerand* à M. le professeur *Cruveilher*, est d'une structure fibro-cartilagineuse; sa forme et son volume sont à peu près celles d'une amende; sa surface est lisse, à l'exception des deux extrémités, dont l'une paraît usée, et l'autre offre la trace du prolongement fibreux qui le fixait.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Convulsio si superveniat vulneri, lethale est.

II.

Qui tetano corripiuntur intra quatuor dies pereunt; si tamen hos effugerint, sanescunt.

III.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.

V.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant.

VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet.